宛先　熊本託麻台リハビリテーション病院　外来予約センター行

FAX　０９６－３８１－3１１０　　電話　０９６－３８１－５１１１（代）

予約申し込みは前日までにお願いします（受付時間　平日９：００～１６：００）
（予約日時は外来予約センターから直接患者様へご連絡いたします）

紹介患者予約申込票　【貴院控】

申し込み日　　年　　月　　日

基本情報		
紹介元医療機関		
診療科		電話番号
医師名		FAX
フリガナ 患者氏名		性別　□男　□女
生年月日	平成　　年　　月　　日	
連絡先	①　　電話 ②　　電話 （日中必ず連絡のとれる方の電話番号をご記入ください）	
当院受診歴	□　有　　□　なし　　□　不明	
希望診療科	科　　医師：　　□　指定なし	
診察希望内容	□　診察　□　外来リハ　□　両立支援　□　訪問リハ □　その他	
□　希望日あり □　希望日なし	①　　月　　日　　曜日 ②　　月　　日　　曜日	
紹介目的		
ご担当者部署		ご担当者名

紹介元の先生へ

円滑な診療をおこなうため、事前に診療情報提供書をFAXまたは、熊本メディカルネットワークにて送信いただけますようご協力お願いします

□　ＫＭＮで送信します　　□　ＦＡＸで送信します